

年 月 日

くるめ診療情報ネットワーク協議会
参加同意撤回書送信票

施設名 _____ 御中

施設名	担当
_____	_____
電 話	_____
F A X	_____

下記患者様から、この度、別紙のとおり参加の同意撤回書が提出されましたので、撤回書の写しとともに送信いたします。

【患者氏名】 _____